

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
 DEPARTAMENTO DE INSTRUCCION PUBLICA
 División de Personal - Hato Rey, Puerto Rico

INFORME DE CAMBIO - PERSONAL DOCENTE

ANTES DEL CAMBIO		DESPUES DEL CAMBIO
1 Nombre del Empleado	Vega Martínez, William	
2 Núm. Seg. Social	████████-4771	
3 Sexo	M	
4 Estado Civil	Soltero	
5 Prep. Académica	BA	
6 Experiencia	0	
7 Status Empleado (Contrato)	Trans. Elegible	
8 Sueldo Bruto	\$1,000.00	
9 Núm. de la Plaza	0706-T	
10 Categoría de la Plaza	M. Educ. Física	
11 Clasificación Puestos Dir		
12 Fondo	Estatatal	
13 Cifra Cuenta	90-111-081-01-001	
14 Fecha de Efectividad	10 de agosto de 1989	
15 Acción y Duración	Nombramiento para puesto enca	
16 Causa del Cese		
17 Ultimo Día Trabajo		
18 Ultimo Día de Pago		
19 Programa Escolar	Educación Física	
20 Turno en Registro	0042	
21 Distrito Escolar	San Lorenzo	

LICENCIA POR VACACIONES y/o ENFERMEDAD CONCEDIDA

22 Desde	23 Hasta
24 Observaciones (Antes del Cambio)	Nuevo.
25 Observaciones (Después del Cambio)	Descuento Medicare Ley -99-272
26 Firma Empleado en caso de cambio de contrato a probatorio, traslado, reasignación permanente o descenso	Fecha
27 Deseo: <input type="checkbox"/> Acogerme <input type="checkbox"/> No acogerme	
Al descuento del 3% de mi sueldo mensual para el Fondo de Ahorró y Préstamo de la Asociación de Empleados del ELA de P.R. en caso de cambio de contrato de sustituto a probatorio o de sustituto a permanente.	
Firma del Empleado	Fecha
28 Recomendado	
Superintendente de Escuelas	Fecha
29 Recomendado	
Superintendente de Escuelas	Fecha

30 APROBADO: POR EL SECRETARIO DE INSTRUCCION PUBLICA

FIRMA

FECHA

* Si el nombramiento es provisional el mismo constituye un CERTIFICADO PROVISIONAL por su duración

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
Departamento de Agricultura
SAN JUAN, PUERTO RICO 00908

18 de octubre de 1990

Sr. William Vega Martínez
Calle 33 R6-17 - Turabo Gardens
Caguas, Puerto Rico 00625

Recibimos su comunicación del 10 de octubre de 1990, en la que presenta su renuncia al puesto de Mensajero II, adscrito al Programa Servicios Especiales para el Desarrollo Agropecuario, del Departamento de Agricultura.

Conforme a sus deseos aceptamos la misma para ser efectiva el 13 de agosto de 1990.

Le agradecemos los servicios prestados al Departamento y le deseamos mucho éxito en sus futuras actividades.


Angeles Lara de la Torre
Secretaria Auxiliar de Administración, Interina

Exhibit Page 5 of 10

SEGURO DEL ESTADO

92-13-01137-4

WILLIAM VEGA MARTINEZ
04 CAGUAS

21 AGO 91 30 DIC 59

WILLIAM VEGA MARTINEZ
CALLE 33 R-6-17 TURABO GARDENS
CAJAS. PR 00725

DEPTO. DE EDUCACION
APARTADO 1281
SRA LORENZO PR 00754

6
POR LA PRESENTE, Y DE ACUERDO CON LA LEY DE COMPENSACIONES POR ACCIDENTES DEL TRABAJO (LEY NUM. 45 DEL 18 DE ABRIL DE 1935) SEGUN HA SIDO
SUSSIGUIENTEMENTE ENMENDADA, SE DETERMINA SOBRE EL ASPECTO MEDICO DE ESTE CASO LA SIGUIENTE DECISION:

<input type="checkbox"/> 1. EL LESIONADO FUE EXAMINADO POR PRIMERA VEZ:	DE	DE 19	
<input type="checkbox"/> a. CONTINUARA RECIBIENDO TRATAMIENTO MEDICO EN	<input type="checkbox"/> DESCANSO	<input type="checkbox"/> C.T. (MIENTRAS TRABAJA)	
<input type="checkbox"/> b. SE DETERMINA DARLO DE ALTA DEFINITIVA EFECTIVA EL	DE	DE 19	
<input type="checkbox"/> c. VEASE ALTERNATIVA NUMERO _____			
HABIENDO EL LESIONADO RECIBIDO EL MAXIMO BENEFICIO DE TRATAMIENTO, SE DETERMINA DARLO DE ALTA DEFINITIVA EL DIA			
DE abril	DE 19 92	CURADO <input type="checkbox"/> SIN INCAPACIDAD <input checked="" type="checkbox"/> CON INCAPACIDAD	
(La Decisión del Administrador con el grado de Incapacidad para este caso le será notificado oportunamente).			
<input type="checkbox"/> 3. EL LESIONADO FUE EXAMINADO EN EL DIA DE HOY, A PARTIR DEL	DE	DE 19	
AUTORIZA CAMBIO PARA CONTINUAR RECIBIENDO TRATAMIENTO MEDICO EN <input type="checkbox"/> DESCANSO <input type="checkbox"/> C.T. (MIENTRAS TRABAJA).			
<input type="checkbox"/> 4. LUEGO DE EVALUADO EL CASO SE DETERMINA DARLO DE ALTA DE TRATAMIENTO MEDICO EFECTIVO EN			
DE	DE 19	LA DECISION FINAL DEL ADMINISTRADOR SOBRE NO RELACION LE SERA NOTIFICADA	
OPORTUNAMENTE. EL LESIONADO PODRA CONTINUAR TRATAMIENTO MEDICO EN FACILIDADES FUERA DEL FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO.			
<input type="checkbox"/> 5. EL LESIONADO HABIA SIDO DADO DE ALTA EL	DE	DE 19	
LUEGO DE LA REEVALUACION MEDICA PRACTICADA SE DETERMINA:			
<input type="checkbox"/> a. DARLO DE ALTA DEFINITIVA: EL DIA	DE	DE 19	
(La Decisión del Administrador con el grado de Incapacidad para este caso le será notificado oportunamente)			
<input type="checkbox"/> b. CONFIRMAR LA DECISION DADA: EL	DE	DE 19	
EL CASO FUE DEVUELTO POR LA HON. COMISION INDUSTRIAL A LA JURISDICCION DEL FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO. LUEGO			
DE EXAMINADO EL MISMO SE DETERMINA EL SIGUIENTE STATUS:			
<input type="checkbox"/> a. <input type="checkbox"/> DESCANSO	<input type="checkbox"/> C.T. (MIENTRAS TRABAJA)	A PARTIR DEL DE	
<input type="checkbox"/> EVALUACION	<input type="checkbox"/> EN TRATAMIENTO	<input type="checkbox"/> MIENTRAS SE EFECTUA EVALUACION	<input type="checkbox"/> EN TRATAMIENTO
<input type="checkbox"/> b. DARLO DE ALTA DEFINITIVA: EL DIA	DE	DE 19	<input type="checkbox"/> SIN INCAPACIDAD <input type="checkbox"/> CON INCAPACIDAD
(La Decisión del Administrador con el grado de Incapacidad para este caso le será notificado oportunamente)			
<input type="checkbox"/> c. CONFIRMAR LA DECISION DADA: EL	DE	DE 19	
LUEGO DE LA EVALUACION MEDICA PRACTICADA SE DETERMINA QUE NO HAY EVIDENCIA DE LESION O ENFERMEDAD OCUPACIONAL.			
POR LO CUAL SE DA DE ALTA A PARTIR DEL			DE
ADMINISTRADOR SOBRE NO COMPENSABILIDAD LE SERA NOTIFICADA OPORTUNAMENTE.			DE 19
LA DECISION FINAL DEL			
<input type="checkbox"/> 8. HABIENDO EL LESIONADO RECIBIDO EL MAXIMO BENEFICIO DE TRATAMIENTO SE DA DE ALTA SIN INCAPACIDAD A			
PARTIR DEL	DE	DE 19	LA DECISION FINAL DEL
ADMINISTRADOR SOBRE NO COMPENSABILIDAD LE SERA NOTIFICADA OPORTUNAMENTE.			
<input type="checkbox"/> 9. ES UN OBRERO MIGRANTE BAJO CONTRATO DE EMPLEO APROBADO POR EL SECRETARIO DEL TRABAJO DE PUERTO RICO, ACOGIDO			
A LOS BENEFICIOS DE LA LEY NUM. 77 DEL 23 DE JUNIO DE 1958 Y DEL ARTICULO 1 DE LA LEY 54 DEL 13 DE JULIO DE 1978			
HA SIDO DADO DE ALTA DE TRATAMIENTO MEDICO EL	DE	DE 19	(NOTIFIQUESE CON COPIA
DE ESTA DECISION AL DEPARTAMENTO DEL TRABAJO Y RECURSOS HUMANOS).			
OBSERVACIONES:			

SP. ALBERTO S. BACO

Administrator

CERTIFICO: Que en el día de hoy he entregado y notificado con copia de esta Decisión al Lesionado, en

DPA, IFPA C. SANTOS

Firma del Médico o Funcionario Autorizado

, Puerto Rico



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
CORPORACION
FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO
PO BOX 365028 • SAN JUAN, PUERTO RICO 00936-5028
INFORME PATRONAL
VEA INSTRUCCIONES AL DORSO

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO — USO EXCLUSIVO DE LA CORPORACION

NUMERO DE CASO - CFSE			D/C	Batch	FECHA RADICACION			CLAVE DE COMPENSABILIDAD			REG. Y DISP TRAT.	FECHA ALTA (CT)		
AÑO	DISP	NUMERO			AÑO	MES	DIA						AÑO	MES
FECHA ALTA DEFINITIVA				JORNAL DIARIO	COMPENSACION SEMANAL		NUMERO DE POLIZA				CLAVE	GRUPO	Stat Pat	Proc Por
AÑO	MES	DIA	DIAS		AÑO	T	R	O	Año Fact.	AMP.				

PARTE A. INFORMACION DEL PATRONO

1 NOMBRE DEL PATRONO (SEGUN POLIZA) <i>Departamento de Educacion</i>	2 NUMERO DE POLIZA	AÑO	T	R	O	NUMERO	Año Fact.	AMP.	3 SEGURIDAD SOCIAL PATRONAL	
DIRECCION POSTAL - URB. O COND. O BARRIO, CARR. KM. HM. <i>P. O. Box 1281</i>									<i>6 9 0 6 6 0 0 0 1</i>	
NUMERO CALLE, MUNICIPIO, O PAIS, (CODIGO POSTAL + 4) <i>San Lorenzo, Puerto Rico 00754</i>	4 CLASE DE PATRONO:	<input type="checkbox"/> Industria <input type="checkbox"/> Sociedad <input type="checkbox"/> Corporacion <input type="checkbox"/> Cooperativa				<input type="checkbox"/> Asociacion <input type="checkbox"/> Sindicato <input type="checkbox"/> Sucesion <input type="checkbox"/> Albaces <input checked="" type="checkbox"/> Otros				5 CLASE DE NEGOCIO
		<i>Esc. S.U. Quebrada Honda - San Lorenzo</i>								<i>Educacion</i>
	6 NOMBRE Y SITIO DE NEGOCIO (Urb., Calle, Num., Barrio, Carr., Km., Hm., Pueblo)									7 TELEFONO
									<i>736-8989</i>	

PARTE B. INFORMACION SOBRE EL LESIONADO

8 NUMERO SEGURO SOCIAL	9. APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE 1	NOMBRE 2	
<i>██████████ 4 7 7 1</i>	<i>Vega</i>	<i>Martinez</i>	<i>William</i>		
10. DIRECCION RESIDENCIAL					CODIGO POSTAL
<i>Calle 33 R-6-17 - Urb. Turabo Gardens - Caguas, Puerto Rico</i>					<i>00725</i>

11. DIRECCION EN LA QUE INTERESA RECIBIR LOS CHEQUES DE DIETAS O COMPENSACION, SI ALGUNO				
<i>Calle 33 R-6-17 - Urb. Turabo Gardens - Caguas, Puerto Rico 00725</i>				

12 SEXO	13 TELEFONO	14 ESTADO CIVIL	15. NUM. DEPENDIENTES	16. TRABAJA EL CONYUGE	17. NOMBRES DE PADRE Y MADRE (Q.D.E.P.)	
<input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M	<i>744-2512</i>	<input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO	HIJOS _____ NO HIJOS <i>1</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<i>William y Gloria</i>	
18 FECHA NACIMIENTO	19. EDAD	20. PUEBLO DE NACIMIENTO	21. GRADO ESCOLARIDAD	22. OCUPACION HABITUAL	23. MANO HABIL	
<i>5 9 1 2 3 0</i>	<i>35</i>	<i>New York</i>	<i>BA</i>	<i>Maestro de Educ. Fisica</i>	<input type="checkbox"/> DER. <i>XX</i> IZO	
24. FAMILIAR MAS CERCANO QUE NO RESIDA CON LESIONADO	25. TELEFONO	26. DIRECCION	27. FECHA ACCIDENTE ANO MES DIA			
<i>Helen Vega Martinez</i>		<i>Haciendas Carraizo - Calle 5 - Casa H-8</i>				
28. HORA DEL ACCIDENTE	29. HORA COMENZO TRABAJAR EL DIA DEL ACCIDENTE	30. FECHA EN QUE SUSPENDIO SU LABOR	31. PUEBLO DE ACCIDENTE			
	<i>8:00</i>	<i>XZAM</i> <input type="checkbox"/> P.M.	<i>San Lorenzo</i>			
32. ACCIDENTE AUTO	33. FECHA DE LA MUERTE DIA MES AÑO	34. SI EL LESIONADO ES MENOR DE EDAD, INDIQUE SI TIENE PERMISO	35. SUELDO	36. FRECUENCIA	37. FECHA DE POSIBLE JUBILACION ANO MES DIA	
<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	<i>N/A</i>	<i>N/A</i> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<i>\$1,375.00</i>	<input type="checkbox"/> POR HORA <input type="checkbox"/> QUINCENAL <input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> DIARIO <input type="checkbox"/> BISEMANAL <input checked="" type="checkbox"/> MENSUAL		
38. NUMERO DE DIAS/Y HORAS QUE TRABAJA EN LA SEMANA DIAS: <i>5</i> HORAS: <i>30</i>	39. DEPARTAMENTO O UNIDAD QUE TRABAJA EL EMPLEADO <i>Educacion</i>	40. TIEMPO QUE LLEVA REALIZANDO SU OCUPACION HABITUAL CON PATRONO ACTUAL <i>6 años</i>	41. FECHA DE POSIBLE JUBILACION ANO MES DIA			
42. OCURRIDO EL ACCIDENTE DENTRO DE LOS PREDIOS DEL PATRONO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	43. TIENE USTED CONTRATO DE APARCERIA <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	44. ESTABA EN GESTIONES OFICIALES <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO				
45. LUGAR EXACTO DEL ACCIDENTE (SITIO, BARRIO, PUEBLO) - EN CASO CONSTRUCCION SEÑALE ADEMAS, NOMBRE DEL PROYECTO <i>Esc. S.U. Quebrada Honda - San Lorenzo, P. R.</i>			46. SUFRIERON OTROS EMPLEADOS LESIONES COMO CONSECUENCIA DEL ACCIDENTE <input type="checkbox"/> SI NUM. _____ MURIERON <input type="checkbox"/> SI NUM. _____ <input checked="" type="checkbox"/> NO			

47. DESCRIBA DETALLADAMENTE COMO OCURRIDO EL ACCIDENTE O LA ALEGADA ENFERMEDAD OCUPACIONAL	<i>Alega el profesor Vega que: desde el mes de enero de 1995 viene padeciendo de fuertes dolores de cabeza, dolor constante en los ojos, congestión de las fosas nasales y fuertes dolores de garganta. Alega además que en el área de juegos de la escuela hay un polvorín continuo a consecuencia de la ubicación de la cancha.</i>		
48. OBSERVACIONES QUE ESTIME PERTINENTE HACER			

49. TRABAJA EL LESIONADO TAMBIEN PARA OTRO PATRONO? <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (INCLUYA EL NOMBRE DE LA EMPRESA)	50. TIEMPO ANOS MES MESES	SALARIO SEMANAL MENSUAL
--	---------------------------	-------------------------

51. TESTIGOS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE SEGUN INVESTIGACION DEL PATRONO			
--	--	--	--

NOMBRE <i>Rosa Borges - Secretaria</i>	DIRECCION <i>Bo. Cerro Gordo - San Lorenzo, P. R.</i>
--	---

NOMBRE <i>Antonia Diaz - Directora</i>	DIRECCION <i>San Lorenzo, Puerto Rico</i>
--	---

WILLIAM VEGA MARTINEZ

CALLE 33 R 6-17
TURABO GARDENS CAGUAS PR
98 13 00719 5
08

14 AUG 97 30 116 59

Exhibit Page 8 of 10

DECISION DEL ADMINISTRADOR SOBRE TRATAMIENTO MEDICO	PARA USO DE LOS OFICIALES DE COMPENSACIONES									
	BATCH	CASO NUMERO			C/D	CLAVE TRANS	TARJ. NUM.			
ANO		DISP.	NUMERO							
1	3	4				12	13	14	15	16

CLAVE DE COMP.			ALTA TRABAJAR			ALTA DEFINITIVA		
COMP.	DISP	PAT	ANO	MES	DIA	ANO	MES	DIA
17			22	27		32		
						39		

PARA SER CUMPLIMENTADO POR EL MEDICO O ENCARGADO DE DISPENSARIO O CLINICA

卷之二

URB TURABO GARDENS
R 6 17 CALLE 33
CAJUAS PR 00727

DEPARTAMENTO DE EDUCACION
PO BOX 759
SAN JUAN PR 00919

CLAVE FECHA DE ACC. FONDO DE SUBROGACION CIERRE
DISP. ANO MES DIA ANTICIPO
83

REGION ANATOMICA AFECTADA O CONSIDERACIONES TRATAMIENTO
(VEASE INSTRUCCIONES AL DORSO)

POR LA PRESENTE, Y DE ACUERDO CON LA LEY DEL SISTEMA DE COMPENSACIONES POR ACCIDENTES DEL TRABAJO (LEY NUM. 45 DEL 18 DE ABRIL DE 1935)
SEGUN HA SIDO SUBSIGUIENTEMENTE ENMENDADA, SE DETERMINA SOBRE EL ASPECTO MEDICO DE ESTE CASO LA SIGUIENTE DECISION:

<input type="checkbox"/> 1. EL LESIONADO FUE EXAMINADO POR PRIMERA VEZ:	<input type="checkbox"/> a. CONTINUAR RECIBIENDO TRATAMIENTO MEDICO EN	<input type="checkbox"/> DESCANSO DE C.T. (MIENTRAS TRABAJA)
	<input type="checkbox"/> b. SE DETERMINA DARLO DE ALTA DEFINITIVA EFECTIVA EL	DE
	<input type="checkbox"/> c. VEASE ALTERNATIVA NUMERO	DE
<input type="checkbox"/> 2. HABIENDO EL LESIONADO RECIBIDO EL MAXIMO BENEFICIO DE TRATAMIENTO, SE DETERMINA DARLO DE ALTA DEFINITIVA EL DIA	DE	DE
	DE CURADO	<input type="checkbox"/> SIN INCAPACIDAD <input type="checkbox"/> CON INCAPACIDAD
(La Decisión del Administrador con el grado de Incapacidad para este caso le será notificado oportunamente).		
<input type="checkbox"/> 3. EL LESIONADO FUE EXAMINADO EN EL DIA DE HOY, A PARTIR DEL	DE	DE SI
AUTORIZA CAMBIO PARA CONTINUAR RECIBIENDO TRATAMIENTO MEDICO EN		<input type="checkbox"/> DESCANSO <input type="checkbox"/> C.T. (MIENTRAS TRABAJA)
<input type="checkbox"/> 4. LUEGO DE EVALUADO EL CASO SE DETERMINA DARLO DE ALTA DE TRATAMIENTO MEDICO EFECTIVO EN	DE	LA DECISION FINAL DEL ADMINISTRADOR SOBRE NO RELACION LE SERA NOTIFICADA
OPORTUNAMENTE. EL LESIONADO PODRA CONTINUAR TRATAMIENTO MEDICO EN FACILIDADES FUERA DEL FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO.		
<input type="checkbox"/> 5. EL LESIONADO HABIA SIDO DADO DEL ALTA EL	DE	DE LUEGO DE LA
REEVALUACION MEDICA PRACTICADA SE DETERMINA:		
<input type="checkbox"/> a. DARLO DE ALTA DEFINITIVA: EL DIA	DE	DE <input type="checkbox"/> CON INCAPACIDAD
(La Decisión del Administrador con el grado de Incapacidad para este caso le será notificado oportunamente)		
<input type="checkbox"/> b. CONFIRMAR LA DECISION DADA: EL	DE	DE
<input type="checkbox"/> 6. EL CASO FUE DEVUELTO POR LA HON. COMISION INDUSTRIAL A LA JURISDICCION DEL FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO. LUEGO	DE EXAMINADO EL MISMO SE DETERMINA EL SIGUIENTE STATUS:	DE
<input type="checkbox"/> a. <input type="checkbox"/> DESCANSO	<input type="checkbox"/> C.T. (MIENTRAS TRABAJA) A PARTIR DEL	DE DE
	<input type="checkbox"/> EVALUACION <input type="checkbox"/> EN TRATAMIENTO	<input type="checkbox"/> MIENTRAS SE EFECTUA EVALUACION <input type="checkbox"/> EN TRATAMIENTO
<input type="checkbox"/> b. DARLO DE ALTA DEFINITIVA: EL DIA	DE	DE <input type="checkbox"/> SIN INCAPACIDAD <input type="checkbox"/> CON INCAPACIDAD
(La Decisión del Administrador con el grado de Incapacidad para este caso le será notificado oportunamente)		
<input checked="" type="checkbox"/> c. CONFIRMAR LA DECISION DADA: EL	10 DE	SEPTIEMBRE DE 98
<input type="checkbox"/> 7. LUEGO DE LA EVALUACION MEDICA PRACTICADA SE DETERMINA QUE NO HAY EVIDENCIA DE LESION O ENFERMEDAD OCUPACIONAL	DE	DE LA DECISION FINAL DE
POR LO CUAL SE DA DE ALTA A PARTIR DEL	DE	
ADMINISTRADOR SOBRE NO COMPENSABILIDAD LE SERA NOTIFICADA OPORTUNAMENTE.		
<input type="checkbox"/> 8. HABIENDO EL LESIONADO RECIBIDO EL MAXIMO BENEFICIO DE TRATAMIENTO SE DA DE ALTA SIN INCAPACIDAD A	DE	LA DECISION FINAL DE
PARTIR DEL	DE	
ADMINISTRADOR SOBRE NO COMPENSABILIDAD LE SERA NOTIFICADA OPORTUNAMENTE.		
<input type="checkbox"/> 9. ES UN OBRERO MIGRANTE BAJO CONTRATO DE EMPLEO APROBADO POR EL SECRETARIO DEL TRABAJO DE PUERTO RICO, ACOGIDO A LOS	DE	DE INOTIFIQUESE CON COPIA
BENEFICIOS DE LA LEY NUM. 77 DEL 23 DE JUNIO DE 1958 Y DEL ARTICULO 1 DE LA LEY 54 DEL 13 DE JULIO DE 1972	DE	
HA SIDO DADO DE ALTA DE TRATAMIENTO MEDICO EL	DE	
DE ESTA DECISION AL DEPARTAMENTO DEL TRABAJO Y RECURSOS HUMANOS).		

LGDG NICOLAS LOPEZ PEÑA

Administrador

DR VICTOR BERIOS

Firma del Médico o Funcionario Autorizado



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
CORPORACION
FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO
PO BOX 365028 • SAN JUAN, PUERTO RICO 00936-5028
INFORME PATRONAL
VEA INSTRUCCIONES AL DORSO

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO - USO EXCLUSIVO DE LA CORPORACION

NUMERO DE CASO - CFSE			D/C	FECHA RADICACION			CLAVE DE COMPENSABILIDAD			REG. Y DISP. TRAT.	FECHA ALTA (OTI)				
AÑO	DISP.	NUMERO		Batch	AÑO	MES	DIA					AÑO	MES	DIA	
FECHA ALTA DEFINITIVA			DIAS	JORNAL DIARIO		COMPENSACION SEMANAL	NUMERO DE POLIZA					CLAVE	GRUPO	STAT. PAT.	PROC. POR:
AÑO	MES	DIA					AÑO T R O			AÑO FACT.	AMP.				

PARTE A - INFORMACION DEL PATRONO

1. NOMBRE DEL PATRONO (SEGUN POLIZA) <i>Departamento de Educación</i>	2. NUMERO DE POLIZA	AÑO T R O	NUMERO	Año Fact.	AMP.	3. SEGURO SOCIAL PATRONAL
DIRECCION POSTAL - URB. O COND. O BARRIO, CARR. KM. H. <i>P. O. Box 1281</i>	4. CLASE DE PATRONO:	<input type="checkbox"/> Industria	<input type="checkbox"/> Sociedad	<input type="checkbox"/> Corporación	<input type="checkbox"/> Cooperativa	5. CLASE DE NEGOCIO
NUMERO CALLE, MUNICIPIO, O PAIS, (CODIGO POSTAL + 4) <i>San Lorenzo, Puerto Rico 00754</i>	<input type="checkbox"/> Asociación	<input type="checkbox"/> Síndico	<input type="checkbox"/> Sucesión	<input type="checkbox"/> Albacea	<input checked="" type="checkbox"/> Otros	<i>Educación</i>
	6. NOMBRE Y SITIO DE NEGOCIO (Urb., Calle, Núm., Barrio, Carr., Km., Hm., Pueblo)	<i>Esc. María T. Delgado - San Lorenzo</i>				7. TELEFONO
					<i>736-0470</i>	

PARTE B - INFORMACION SOBRE EL LESIONADO

8. NUMERO SEGURO SOCIAL	9. APELLIDO PATERNO	APPELLIDO MATERNO	NOMBRE 1	NOMBRE 2	
<i>5 4 7 7 1</i>	<i>Vega</i>	<i>Martinez</i>	<i>William</i>		
10. DIRECCION RESIDENCIAL					CODIGO POSTAL
<i>Calle 33 R-6 17 Urb. Turabo Gardens - Caquas, Puerto Rico</i>					<i>00725</i>

11. DIRECCION EN LA QUE INTERESA RECIBIR LOS CHEQUES DE DIETAS O COMPENSACION, SI ALGUNO

12. SEXO	13. TELEFONO	14. ESTADO CIVIL	15. NUM. DEPENDIENTES	16. TRABAJA EL CONYUGE	17. NOMBRES DE PADRE Y MADRE
<input type="checkbox"/> F	<i>744-2512</i>	<input checked="" type="checkbox"/> SOLTERO	<input type="checkbox"/> VIUDO	HIJOS <i>0</i>	NO HIJOS <i>1</i>
<input checked="" type="checkbox"/> M		<input type="checkbox"/> CASADO	<input type="checkbox"/> DIVORCIADO		<input type="checkbox"/> S <i>N/A</i> <input type="checkbox"/> NO
18. FECHA NACIMIENTO	19. EDAD	20. PUEBLO DE NACIMIENTO	21. GRADO ESCOLARIDAD	22. OCUPACION HABITUAL	23. MANO HABIL
AÑO <i>5</i> MES <i>9</i> DIA <i>1</i>	<i>39</i>	<i>New York</i>	<i>B.A</i>	<i>Maestro de Educ. Física</i>	<input type="checkbox"/> DER. <input checked="" type="checkbox"/> IZO.

24. FAMILIAR MAS CERCANO QUE NO RESIDA CON LESIONADO	25. TELEFONO	26. DIRECCION	27. FECHA ACCIDENTE
<i>Helen Vega Martinez</i>		<i>Haciendas Carraizo - Calle 5 - Casa Trujillo Alto, P. R.</i>	AÑO <i>9</i> MES <i>9</i> DIA <i>03</i>
28. HORA DEL ACCIDENTE	29. HORA COMENZO A TRABAJAR EL DIA DEL ACCIDENTE	30. FECHA EN QUE SUSPENDIO SU LABOR	31. PUEBLO DE ACCIDENTE
<i>1:50 P.M.</i>	<i>8:00</i>	<input checked="" type="checkbox"/> A.M. <input type="checkbox"/> P.M.	<i>San Lorenzo</i>

32. ACCIDENTE AUTO	33. FECHA DE LA MUERTE	34. SI EL LESIONADO ES MENOR DE EDAD INDIQUE SI TIENE PERMISO	35. SUELDO	36. FRECUENCIA
<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	<i>N/A</i>	<i>N/A</i> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<i>\$1,750.00</i>	<input type="checkbox"/> POR HORA <input type="checkbox"/> QUINCENAL <input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> DIARIO <input type="checkbox"/> BISEMANAL <input checked="" type="checkbox"/> MENSUAL
37. NUMERO DE DIAS/U HORAS QUE TRABAJA EN LA SEMANA	38. DEPARTAMENTO O UNIDAD QUE TRABAJA EL EMPLEADO	39. TIEMPO QUE LLEVA REALIZANDO SU OCUPACION HABITUAL CON PATRONO ACTUAL	40. FECHA DE POSIBLE JUBILACION	
DIAS: <i>5</i> Horas: <i>6</i>	<i>Educación</i>	<i>9 años</i>	AÑO <i>9</i> MES <i>9</i> DIA <i>03</i>	

41. OCURRIÓ EL ACCIDENTE DENTRO DE LOS PREDIOS DEL PATRONO?	42. TIENE USTED CONTRATO DE APARCERIA?	43. INDIQUE LA LABOR QUE REALIZABA EL LESIONADO CUANDO OCURRIÓ EL ACCIDENTE	44. ESTABA EN GESTIONES OFICIALES?
<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	<i>Dar clase de Educación Física</i>	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

45. LUGAR EXACTO DEL ACCIDENTE (SITIO, BARRIO, PUEBLO) - EN CASO CONSTRUCCION SEÑALE ADEMÁS, NOMBRE DEL PROYECTO	46. ¿SUFRIERON OTROS EMPLEADOS LESIONES COMO CONSECUENCIA DEL ACCIDENTE?
<i>Escuela Dra. María T. Delgado de Marcano</i>	<input type="checkbox"/> SI NUM. _____ MURIERON <input type="checkbox"/> SI NUM. _____ <input type="checkbox"/> NO <i>N/A</i>
<i>San Lorenzo, Puerto Rico</i>	

47. DESCRIBA DETALLADAMENTE COMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE O LA ALEGADA ENFERMEDAD OCUPACIONAL	<i>Alega el profesor Vega que hace alrededor de una semana se está sintiendo con mucha congestión nasal, presión en los ojos, dolor en la cabeza y en la frente a causa del polvorín en el salón y en el área de trabajo.</i>		
INDIQUE EL VEHICULO, HERRAMIENTA, SUSTANCIA O EL NOMBRE Y DIRECCION DE LA PERSONA QUE CAUSO EL ACCIDENTE (ESPECIFIQUE LA RELACION DE ESA PERSONA CON EL PATRONO)			

48. OBSERVACIONES QUE ESTIME PERTINENTE HACER	50. TIEMPO	SALARIO
49. ¿TRABAJA EL LESIONADO TAMBIEN PARA OTRO PATRONO?	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO (INCLUYA EL NOMBRE DE LA EMPRESA)	<input type="checkbox"/> AÑOS _____ <input type="checkbox"/> SEMANAL _____ <input type="checkbox"/> MESES _____ <input type="checkbox"/> MENSUAL _____

51. TESTIGOS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE SEGUN INVESTIGACION DEL PATRONO	DIRECCION	<i>Jard. de San Lorenzo - San Lorenzo, P. R.</i>
NOMBRE <i>Daris D. Gómez González</i>		

52. HA RADICADO RECLAMACION EN OTRAS AGENCIAS?	53. NUMERO DE RECLAMACION	FECHA DE RECLAMACION	54. SI HA RADICADO EL LESIONADO UN CASO ANTERIOR EN CFSE INDIQUE
--	---------------------------	----------------------	--



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
CORPORACION
FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO
PO BOX 365028 • SAN JUAN, PUERTO RICO 00936-5028
INFORME PATRONAL
VEA INSTRUCCIONES AL DORSO

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO - USO EXCLUSIVO DE LA CORPORACION														
NUMERO DE CASO - CFSE			D/C	Batch	FECHA RADICACION			CLAVE DE COMPENSABILIDAD		REG. Y DISP. TRAT.	FECHA ALTA (C)			
AÑO	DISP	NUMERO			AÑO	MES	DIA					AÑO	MES	
FECHA ALTA DEFINITIVA			DIAS	JORNAL DIARIO	COMPENSACION SEMANAL	NUMERO DE POLIZA						CLAVE	GRUPO	STAT. PAT.
AÑO	MES	DIA				AÑO	T	R	O	AÑO FACT.	AMP.			

PARTE A - INFORMACION DEL PATRONO

1. NOMBRE DEL PATRONO (SEGUN POLIZA)	2. NUMERO DE POLIZA	AÑO	T	R	O	NUMERO	Año Facit.	AMP.	3. SEGURO SOCIAL PATRONAL		
Departamento de Educación									5 9 0 6 6 0 b		
DIRECCION POSTAL - URB. O COND. O BARRIO, CARR. KM. H.	4. CLASE DE PATRONO:						Industria	Sociedad	Corporación	Cooperativa	5. CLASE DE NEGOCIO
P. O. Box 190759	<input type="checkbox"/> Asociación	<input type="checkbox"/> Síndico	<input type="checkbox"/> Sucesión	<input type="checkbox"/> Albacea	<input checked="" type="checkbox"/> Otros	Educación					
NUMERO CALLE, MUNICIPIO, O PAIS, (CODIGO POSTAL + 4)	6. NOMBRE Y SITIO DE NEGOCIO (Urb., Calle, Núm., Barrio, Carr., Km., Hm., Pueblo)						7. TELEFONO				
San Juan, Puerto Rico 00919	Esc. Dra. María T. Delgado de Marcano						736-0470				

PARTE B - INFORMACION SOBRE EL LESIONADO

8. NUMERO SEGURO SOCIAL	9. APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE 1	NOMBRE 2
[REDACTED] 4 7 7 1	Vega	Martinez	William	
10. DIRECCION RESIDENCIAL (FISICA)				

Calle 33 R-6 17 - Urb. Turabo Gardens - Caguas, Puerto Rico

11. DIRECCION POSTAL EN LA QUE INTERESA RECIBIR LOS CHEQUES DE DIETAS O COMPENSACION, SI ALGUNO	CODIGO POSTAL + FDUR
Calle 33 R-6 17 - Urb. Turabo Gardens - Caguas, Puerto Rico	00725

12. SEXO	13. TELEFONO	14. ESTADO CIVIL	15. NUM. DEPENDIENTES	16. TRABAJA EL CONYUGE	17. NOMBRES DE PADRE Y MADRE
<input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M	7/4-2512	<input type="checkbox"/> SOLTERO <input checked="" type="checkbox"/> CASADO	<input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO	HIJOS 0 NO HIJOS	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO William y Gloria

18. FECHA NACIMIENTO	19. EDAD	20. PUEBLO DE NACIMIENTO	21. GRADO ESCOLARIDAD	22. OCUPACION HABITUAL	23. MANO HABIL
AÑO 5 9 1	MES 2 3 0	DIA 43	New York	B.A.	Maestro Educación Física <input type="checkbox"/> DER. <input checked="" type="checkbox"/> IZQ.

24. FAMILIAR MAS CERCANO QUE NO RESIDA CON LESIONADO	25. TELEFONO	26. DIRECCION	27. FECHA ACCIDENTE
Helen Vega Martinez	-----	Haciendas Carraízo - Calle 5 Casa Trujillo Alto, P.R. H-8	AÑO 0 3 1 MES 0 3 DI 0 3

28. HORA DEL ACCIDENTE	29. HORA COMENZO A TRABAJAR EL DIA DEL ACCIDENTE	30. FECHA EN QUE SUSPENDIO SU LABOR	31. PUEBLO DE ACCIDENTE
9:30 A.M.	8:00	<input checked="" type="checkbox"/> A.M. <input type="checkbox"/> P.M.	San Lorenzo

32. ACCIDENTE AUTO	33. FECHA DE LA MUERTE	34. SI EL LESIONADO ES MENOR DE EDAD INDIQUE SI TIENE PERMISO	35. SUELDO	36. FRECUENCIA
<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	DIA N/A	MES AÑO	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> No N/A	\$2,205.00 <input type="checkbox"/> POR HORA <input type="checkbox"/> QUINCENAL <input type="checkbox"/> DIARIO <input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> BIMENSUAL <input type="checkbox"/> ANUAL

37. NUMERO DE DIAS HORAS QUE TRABAJA EN LA SEMANA	38. DEPARTAMENTO O UNIDAD QUE TRABAJA EL EMPLEADO	39. TIEMPO QUE LLEVA REALIZANDO SU OCUPACION HABITUAL CON PATRONO ACTUAL	40. FECHA DE POSIBLE JUBILACION
HORAS 30	Educación	14 años	AÑO 0 3 1 MES 0 3 DI 0 3

41. OCURRIÓ EL ACCIDENTE DENTRO DE LOS PREDIOS DEL PATRONO?	42. TIENE USTED CONTRATO DE APARCERIA?	43. INDIQUE LA LABOR QUE REALIZABA EL LESIONADO CUANDO OCURRIÓ EL ACCIDENTE	44. ESTABA EN GESTIONES OFICIALES?
<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	Levantándose de la silla.	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

45. LUGAR EXACTO DEL ACCIDENTE (SITIO, BARRIO, PUEBLO) - EN CASO CONSTRUCCION SEÑALE ADEMAS, NOMBRE DEL PROYECTO	46. SUFRIERON OTROS EMPLEADOS LESIONES COMO CONSECUENCIA DEL ACCIDENTE?
de Marcano	<input type="checkbox"/> SI NUM. _____ MURIERON <input type="checkbox"/> SI NUM. _____ <input checked="" type="checkbox"/> NO

47. DESCRIBA DETALLADAMENTE COMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE O LA ALEGADA ENFERMEDAD OCUPACIONAL	Alega el profesor Vega que el 31 de octubre de 2003 mientras ofrecía <input checked="" type="checkbox"/> si clase, levantarse de la silla de su salón sintió un fuerte dolor en la parte baja de la espalda; esto acompañado de ardor. Le molesta mucho estar de pie al igual que sentado.
---	--

48. OBSERVACIONES QUE ESTIME PERTINENTE	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO (INCLUYA EL NOMBRE DE LA EMPRESA)	50. TIEMPO AÑOS MESES	SALARIO SEMANAL MENSUAL
---	--	-----------------------------	-------------------------------

49. TRABAJA EL LESIONADO TAMBIEN PARA OTRO PATRONO?	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO (INCLUYA EL NOMBRE DE LA EMPRESA)
---	--

51. TESTIGOS QUE PRESENCIAREN EL ACCIDENTE SEGUN INVESTIGACION DEL PATRONO	NOMBRE	DIRECCION
--	--------	-----------